

Alapvető Jogok Biztosának Hivatala
1387 Budapest Pf. 40.

Tisztelt Alapvető Jogok Biztosa!

A Józsefvárosi Önkormányzat Képviselő-testülete szeptember 18. ülésén 14 igennel, 2 nemmel és 1 tartózkodás mellett megszavazta azt a dr. Kocsis Máté polgármester által tett előterjesztési javaslatot,¹ amely a Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítvány (a továbbiakban: Kék Pont) és az Önkormányzat között született 2010-es együttműködési megállapodás² felmondására vonatkozott. A döntés értelmében a megállapodást az Önkormányzat 2013. december 31-ei hatállyal felmondja. Az Önkormányzat határozata ezenkívül felkérte az ingatlan tulajdonosát, az önkormányzati tulajdonban lévő Kisfalu Kft.-t, hogy vizsgálja meg a Kék Ponttal kötött bérleti szerződés felmondásának lehetőségét. A döntés célja Magyarország legnagyobb forgalmú tűcsere program működésének megszüntetése, mivel, bár az Önkormányzat nem szakhatóság, de amennyiben az Alapítványt rendkívüli felmondással kiteszik az önkormányzati helyiségből, a szervezet nyilvánvalóan nagyon nehezen találna magának egy nagy valószínűséggel piaci alapon bérelhető és a lakók által engedélyezett, az érintett klientúrához közeli új helyiséget.

Kérjük a tisztelt Biztos urat, hogy állapítsa meg, hogy a program működésének ellehetetlenítése alapvető jogokkal kapcsolatos visszásság veszélyét hordozza.

A tűcsere programok célja

Az intravénás drogfogyasztók számát 16 millióra becslik a világon, körülbelül az átlagos népességhez képest átlagosan mintegy tízszer nagyobb a morbiditás és mortalitás előfordulása. Ezért túlnyomórészt a vér útján terjedő fertőzések és a túladagolások felelősek.³ A tűcsereprogramok elsődlegesen abban segítik az intravénás droghasználókat, hogy ne kelljen megosztaniuk egymással a felszerelésüket, így megvédhessék magukat, illetve szexuális partnereiket a fertőzésektől. Ez az intravénás droghasználók egészségének megóvása mellett jelentős társadalmi költségektől kíméli meg az adófizetőket.

A gyógyszerárban a drogfogyasztókat gyakran nem szolgálják ki. Még ha elérhetők is a patikákban a tűk és fecskendők, az ingyenesség és az anonimitás miatt gyakran előnyben részesítik a tűcsereprogramokat a droghasználók. A programok társadalmi haszna abban is megnyilvánul, hogy begyűjtik és megsemmisítik a potenciálisan fertőző fecskendőket. A tűcsereprogramok általában még egy sor olyan szolgáltatást is nyújtanak, amivel a droghasználók egészsége megőrizhető és javítható, így például orvosi ellátást, szűréseket, oltásokat, oktatást biztosítanak, de megszervezik a kezelésre és terápiára jelentkezést is, így bizonyítottan elősegítik a peremhelyzetre kényszerült emberek társadalomba való visszailleszkedését is. A tűcsereprogramok nem propagálják a droghasználatot. Az elterjedt kritikákkal szemben, nem akadályozzák a leszokás sikerességét, ellenkezőleg, növelik a rehabilitáció esélyét: mivel hozzájárulnak ahhoz, hogy a drogfogyasztók ellátásba jussanak, hosszú távon csökkentik az illegális szerhasználat előfordulását, és hozzájárulnak az egészséges környezet kialakulásához.

Ezen felül a tűcsere programok, más ártalomcsökkentő programokhoz hasonlóan a bizonyítékon alapuló szociálpolitikai rendelkezések közé tartoznak, amelyek a drogfogyasztók alapvető jogait tiszteletben tartva nyújtanak ellátást és segítséget. A tűcsere programok működésének biztosítása azt is jelenti, hogy az állam tiszteletben tartja a polgárok önrendelkezési jogát, de még sem hagyja őket magukra. Emellett az egészséghez való jog érvényesülését is segítik a tűcsere programok, amikor csökkentik a drogfogyasztás káros hatásait és a fogyasztók jogainak tiszteletben tartása mellett járulnak hozzá a leszokás segítéséhez.

Nemzetközi bizonyítékok, ajánlások a tűcsere programokkal kapcsolatban

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1998-ban tette közé "A HIV fertőzés megelőzésének alapelvei az intravénás drogfogyasztók körében" című jelentését, ami a steril injektáló felszerelés elérhetőségét növelő programok bevezetésére és lefedettségének növelésére hívja fel a tagállamokat. Ebben felhívja a figyelmet, hogy "az intravénás drogfogyasztók közötti HIV terjedést meg lehet és meg kell előzni. Elegendő adatunk van arra vonatkozóan, hogy mi hatékony és mi nem hatékony a HIV-prevenció vonatkozásában. Életfontosságú, hogy ezt a tudást gyakorlattá tegyünk azokban az országokban, ahol kialakulóban van a HIV-járvány az intravénás droghasználók között, valamint azokban is, ahol az intravénás droghasználók közötti HIV-rizikó viselkedés prevalenciája magas."⁴ Az ajánlás szerint „[a] drogfogyasztók közötti HIV-prevenció közegészségügyi probléma. Ily módon a drogpolitikai szakembereknek, közegészségügyi hatóságoknak és egyéb döntéshozóknak megfelelően fel kell készülniük annak érdekében, hogy olyan döntéseket tudjanak hozni ezen a területen, melyek a közegészségügy és jólét javára lesznek”.

A WHO a tűcserekről született mintegy 200 kutatást áttekintő 2004-es összefoglaló tanulmánya⁵ a következő konklúziókra jutott: „Egyértelmű bizonyítékok igazolják, hogy a steril injektáló felszerelés elérhetőségének növelésével jelentősen csökkenthető a HIV/AIDS fertőzés előfordulása az injektáló droghasználók körében ... Majd húsz év kutatásainak fényében még mindig nem létezik meggyőző bizonyíték arra, hogy a tűcsere programok növelnék a kábítószer-használat vagy az intravénás kábítószer-használat előfordulását, időtartamát és gyakoriságát.”

A tanulmányok kerestek, de nem találtak bizonyítékot arra, hogy a tűcsere programok növelnék az injektálás gyakoriságát,⁶ növelnék a kábítószer-használatot,⁷ növelnék a tűk megosztását,⁸ új intravénás droghasználókat toboroznának,⁹ szociális hálókat alakítanának,¹⁰ növekedne hatásukra az eldobált fecskendők száma,¹¹ csökkentenék a leszokásra való motivációt a kliensekben,¹² vagy növelnék azok számát, akik az egyéb drogfogyasztási módokról intravénás használatra térnének át.¹³

A Kábítószer és a Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja (EMCDDA) 2004-es szakirodalmi áttekintőjében¹⁴ szintén megállapítja, hogy a legfontosabb áttekintő kutatások szerint a tűcsere programok a HIV és hepatitisz előfordulását az intravénás szerhasználók körében egy harmaddal vagy többel is csökkenteni képesek, anélkül hogy növelnék az intravénás fogyasztók számát. A tanulmány idézi Hurlley és mtsai 1997-es kutatását, amelyben 81 város intravénás szerhasználóinak HIV pozitivitását hasonlította össze, 52 városból ahol volt és 29 városból ahol nem volt tűcsereprogram. Azt találták, hogy az átlagos éves HIV pozitivitási gyakoriság 11%-al alacsonyabb volt azokban a városokban ahol volt ilyen program.

Az ártalomcsökkentő beavatkozásokról szóló monográfiájában az EMCDDA kimutatja, hogy azokban a nyugat-európai országokban, ahol a HIV járvány kezdeti szakaszában, a 90-es évek elején a döntéshozók felkarolták az ártalomcsökkentő beavatkozásokat, a HIV járványt sikerült megfékezni a drogfogyasztók körében. Ellenben azokban a kelet-európai országokban, ahol az ártalomcsökkentést elutasították vagy legfeljebb megtúrták, jelentős HIV járványt tört ki.¹⁵

Az Európai Bizottság „A HIV/AIDS elleni küzdelem az Európai Unióban és a szomszédos országokban (2009–2013)” című közleménye szerint „a nemi úton történő HIV-vírusátadás megelőzésének még mindig a helyes és következetes óvszerhasználat a leghatásosabb módja, míg a HIV-fertőzés intravénás kábítószer-használattal történő átadásának leghatékonyabb megelőzésére a steril tűk és fecskendők biztosítása, valamint a szubsztitúciós kezelés szolgál.”¹⁶ A Bizottság a tűcsere programok lefedettségének növelését ajánlja a tagállamok számára: „Kelet-Európában a HIV-fertőzés átadása főként az intravénás kábítószer-használatra vezethető vissza, ez okozza az összes új fertőzés 2/3-át. A kábítószerfüggőség integrált orvosi és társadalmi megoldást igényel. A steril tűk és a bizonyítékokon alapuló addikciós terápia – ezen belül a szubsztitúció és más ártalomcsökkentő intézkedések – elérhetősége bizonyítottan nagyon hatásos, többek között a nagy előfordulási gyakoriságú területeken vagy különleges körülmények között, például börtönökben. Az intravénás kábítószer-használók átfogó egészségügyi ellátásába történő beruházás minden bizonnyal segít csökkenteni a kábítószer-használók között előforduló új HIV-fertőzések számát, illetve a kábítószer-használattal összefüggő terheket.” A dokumentum hangsúlyt fektet a társadalom peremére szorult csoportok emberi jogainak érvényesülésére, különös tekintettel a HIV-prevenációs szolgáltatásokhoz való hozzáférések biztosítására.

Az Európai Unió drogstratégiája (2013-20) előírja a tagállamok számára „a HIV/AIDS, hepatitisz, egyéb fertőzések és betegségek, valamint a kábítószerekkel kapcsolatos egészségügyi és társadalmi károk megelőzésével és kezelésével foglalkozó szolgáltatások elérhetőségének” javítását.¹⁷

Az elégtelen tűcsere szolgáltatások és a fertőzésveszély növekedésére az Európai Unióban belül a legszemléletesebb és legfrissebb, az EMCDDA által dokumentált bizonyítékot Görögország és Románia szolgáltatja.¹⁸ Romániában a gazdasági válság körüli megszorítások miatt 2009-ben még kétmillió, majd 2010-ben már kevesebb mint egymillió steril fecskendőt osztottak szét. Ez a dizájner drogok injektálásának tömeges terjedésével megegyező időszakban a fecskendők megosztási gyakoriságának növekedéséhez vezetett. Ennek eredményeként HIV járvány tört ki az országban, ahol korábban évekig nulla körül mozgott az új fertőzések eseteinek száma. Míg 2007-ben négy, 2012-ben már 231 új HIV esetet regisztráltak. Görögországban a közelmúltig szintén alacsony volt HIV előfordulása a drogfogyasztók körében, a prevalencia a korábbi 1%-ról 2012-re 9 százalékra nőtt. A járvány mindkét országban elsősorban a marginalizált, hátrányos helyzetű nagyvárosi intravénás szerhasználók körében terjed a leggyorsabban.

A tűcsere programok jogi helyzete Magyarországon

Magyarországon az első tűcsere programot 1993-ban hozták létre, eleinte mind jogi háttér, mind módszertani útmutatás nélkül, a rendőrséggel való gyakori konfliktusok jellemezték működésüket.¹⁹ A helyzetük 2000-ben normalizálódott, mikor a Pszichiátriai Szakmai Kollégium kiadta “A tűcsere szakmai irányelvei” című módszertani ajánlást.²⁰ Az Országgyűlés 2000-ben teljes pártközi konszenzussal hagyta jóvá az első nemzeti drogstratégiát (96/2000. (XII.11.) OGY határozat). A dokumentum elismerte az ártalomcsökkentő programok létjogosultságát és szükségességét, és kinyilvánította, hogy “az ártalomcsökkentő módszerek a HIV (és hepatitisz) fertőzésnek kitett intravénás droghasználó csoportokban lényegében az egyetlen hatásos és költség-hatékony megelőző módszert jelentik: speciális beavatkozások a krónikus, leszokásra nem motivált droghasználók esetében életmentők, súlyos, az életre veszélyt jelentő betegségeket lehet így megelőzni, miközben nem mondunk le a teljes drogmentesség hosszú távú céljáról sem.” A stratégia az állami célkitűzés szintjére emelte a steril injektáló felszerelés elérhetővé tételét és az egyéb ártalomcsökkentő beavatkozásokat, megteremtette az alacsonyküszöbű szolgáltatások (ide tartozik a tűcsere is) állami finanszírozásának kereteit.

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet által kiadott, a Nemzeti AIDS Bizottság által készített nemzeti AIDS stratégia (2004-2010) szintén előírta a tűcsere programok illetve az egyéb “felvilágosító és anonim szűrési programok” elérhetővé tételét az intravénás szerhasználók számára.²¹

Budapesten 2003-ban két utcai megkereső tűcsereprogram indult be. Az egyik program beindulása után a rendőrség többször megjelent a tűcsere busznál is, igazoltatta a klienseket. A civil szervezetek megkeresésére az adatvédelmi ombudsman állásfoglalásában elítélte ezt a rendőri gyakorlatot, megállapítva, hogy a tűcsere-program tevékenységével kapcsolatban bűncselekmény nem állapítható meg, így a rendőrségnek nincs jogalapja az igazoltatáshoz.²²

2004-ben a budapesti tűcsere programok és a Budapesti Rendőr-főkapitányság (BRFK) közötti megállapodás rendezte a rendőrség és az alacsonyküszöbű programok viszonyát is.²³ Ebben a rendőrség vállalta, hogy tolerálja a tűcsere programok működését, illetve az intravénás droghasználóknál talált steril, vagy használt fecskendők esetén a rendőrség nem indít eljárást, hanem lehetővé teszi, hogy a fecskendők akadálymentesen visszakerülhessenek a tűcsere programba. Ezzel a jogalkalmazó hatóság egyrészt elismerte, hogy bár a kábítószer-fogyasztás Magyarországon bűncselekménynek minősül (2003 és 2013 között a megszerzésen és tartáson keresztül, azóta a fogyasztás önálló tényállás), az államnak kötelessége a droghasználók önrendelkezéshez és egészséghez való jogát is biztosítani. Másrészt elismerte azt is, hogy az állam közegészségügyi érdekét és a polgárok egészséges környezethez való jogát inkább szolgálja, hogy a drogfogyasztó steril felszereléshez jusson, illetve használt felszerelését visszajuttassa a tűcsere programba, mint hogy büntetőeljárást indítson a fogyasztó ellen.

A 2007. január elsejétől a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (szociális törvény) 65/A. §-a a közösségi ellátások körébe sorolta a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű ellátási formákat, melyek közé

tartoznak a szenvedélybetegség okozta egészségügyi és szociális károk mérsékléséhez szükséges egyes ártalomcsökkentő szolgáltatások. A 9/2006. (XII. 27.) SZMM rendelettel módosított 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet értelmében a szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása többek között magában foglalja az egészségügyi ártalmak csökkentését, így különösen a tűcsere programok körében a szerhasználat, illetve függés járulékos ártalmainak, káros következményeinek csökkentését, steril és kiegészítő eszközök, készítmények biztosításával, illetve használt eszközök begyűjtésével, továbbá az egészségügyi szűréshez, orvosi ellátáshoz való hozzáférés szervezését.

A 2013. októberben hatályba lépett „Nemzeti Drogellenes Stratégiáról 2013–2020 Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen” című 80/2013. (X. 16.) számú országgyűlési határozat szintén hangsúlyozza, hogy “az ártalomcsökkentő programok a fertőző betegségek terjedésének, a bűnözés kockázatának mérsékléséhez és a túladagolás okozta halálesetek megakadályozásához is hozzájárulnak.” Előírja a stratégia “az alacsonyküszöbű programokba való könnyebb és stigmatizáció-mentes bekapcsolódást”, “a rejtőzködő szerhasználók felkutatása és kezelésbe-ellátásba vonása, fertőző betegségek megelőzése, szűrése és kezelése” (VI. 2. 2.) céljából.

A józsefvárosi Kontakt tűcsere programról

A Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítvány (a továbbiakban Kék Pont) 2006-ban hozta létre tűcsere központját a VIII. kerületben a Kálvária téren az Ébredések Alapítvány ingatlanjának egyik helyiségében. A programot azért telepítették éppen ide, mivel a Kék Pont mobil tűcsereje és utcai megkereső munkásai akkor már évek óta komoly problémát jeleztek a Józsefvárosban terjedő utcai intravénás drogfogyasztással kapcsolatban. 2010-ben együttműködési szerződést kötött Józsefváros Önkormányzatával, ennek értelmében 2012-ben átköltözött a Lujza utca és a Magdolna utca sarkán található önkormányzati tulajdonú ingatlanba. A program az elmúlt években összesen mintegy 3000 klienssel létesített kapcsolatot. Ezek a kliensek korábban az ellátórendszer számára teljesen láthatatlanok voltak. A kliensek többsége mélyszegénységben élő hátrányos helyzetű intravénás drogfogyasztó, akik néhány évvel ezelőtt még jellemzően heroint és amfetamin fogyasztottak, 2009-10 óta azonban többségbe kerültek körükben az ún. dizájer drogok (új pszichoaktív anyagok, többnyire katinon- és amfetamin-származék stimulánsok) fogyasztói. A kliensek között 2006 óta az OEK által végzett surveillance-szűrés évente 65-70% feletti Hepatitis C fertőzöttséget mutatott ki.²⁴ A környéken nyílt színi droghasználattal, valamint illegális „belövőszobákkal” találkozunk.²⁵

Az egészséges környezettel összefüggésben érdemes megjegyezni, hogy társadalomtudományi kutatások hangsúlyozzák, hogy az egészséggel kapcsolatos egyéni döntéseket csakis a társadalmi környezetbe ágyazottan érthetjük meg – az egészséges környezet elősegíti az egészséges döntések meghozatalát, és fordítva. Tim Rhodes az intravénás szerhasználat ártalmainak vonatkozásában vezette be a kockázati környezet fogalmát, rámutatva az egyéni kockázattal magatartás társadalmi beágyazottságára.²⁶ Bizonyos szociális körülmények, társadalmi struktúrák, társas helyzetek és térszerveződési sajátosságok magukban hordozzák a kockázatosabb egyéni döntések nagyobb előfordulását. A társadalmi kirekesztés, a megbélyegzés, a rendőri igazoltatások gyakorisága, a kriminalizáció, a gettósodás, az

emberhez méltó lakhatás és a gazdasági mobilitás hiánya mind olyan tényezők, amelyek hozzájárulnak a közegészségügyi kockázatok kialakulásához. Az ártalomért való felelősség és a változás fókusza az egyéni cselekedetekről a szociális szituációkra és struktúrákra helyeződik át.

A VIII. kerület intravénás drogfogyasztói szcénája megfelel a Rhodes-féle kockázati környezet szinte minden kritériumának.²⁷ Elsősorban több, kisebb területű és térben össze nem függő mikroszegregátumban összpontosul, ahol nagy számban élnek etnikai kisebbséghez tartozó hátrányos helyzetű, gyakran mélyszegénységben élő emberek. A kerületi tömbrehabilitációk hatására ezek a mikoregagátumok még koncentráltabbá váltak. A romházakban és azok udvarain nyílt drogfogyasztói szcénára jellemző jelenségek figyelhetők meg, illegális „belövőszobák” (shooting gallery) működnek. A szerhasználók körében jellemző az alacsony iskolázottság és foglalkoztatottság és az emberhez méltó lakhatás hiánya. A marginalizált droghasználók körében mindennaposan a rendőri igazoltatások, amelyek rejtőzködésre, további kockázatvállalásra készítetik a fogyasztókat.

A regisztrált kliensek több mint fele (2012-ben 58%-a) saját bevallása szerint a Józsefvárosban él, fenmaradó részük többsége (20%) a szomszédos három kerületben (VII, IX, X) él, 9 százalékuk pedig hajléktalan. Ez ellentmond az önkormányzat azon érvének, ami szerint a túcsere elsősorban a főváros más részeiből „vonz oda” droghasználókat. 2012-ben regisztrált kliensek átlagéletkora 29 év volt, az összes valaha regisztrált kliens átlagéletkora 31 év – ez jelzi, hogy egyre fiatalabbak kerülnek az intravénás szerhasználók csoportjába.

2012-ben a pályázati pénzforrások csökkenése miatt a Kék Pont 12 munkatársától volt kénytelen megválni, a nyitvatartási órákat és a kiadható injektorok számát jelentősen korlátozták. A hétvégi nyitvatartási idő megszűnt, a zárvatartási napokra nem adtak ki előre eszközöket. A kliensek korábban 5 injektort vihetek el, e fölött pedig korlátlan mennyiségben cserélhettek be fecskendőket, azonban 2012. augusztus után a becserélhető használt eszközök számát 5 darabra korlátozták. Szeptembertől tovább korlátozások léptek életbe: ezután csupán egy eszközt adtak ki, illetve kettőt cseréltek be egy nap. Emiatt jelentősen csökkent a kliensek motivációja a használt eszközök visszaszolgáltatására. Ezt a motivációt tovább csökkentette a rendőrségnek az a gyakorlata, amelynek értelmében a használt fecskendőt a kábítószerrel való visszaélés bűncselekmény bűnjelének tekintik, az azt magánál tartó személyt előállítják, ellene büntetőeljárást indítanak.

Az Önkormányzattal kötött megállapodási szerződés a tűk és fecskendők begyűjtésének feladatát nem kizárólag a Kék Pontra hárítja, annak végrehajtását hármas együttműködésben, a közterület fenntartókkal és az önkormányzattal együtt írja elő. A Kék Pont többször jelezte az Önkormányzat felé, hogy olyan komplex program beindítására van szükség, amely a drogszemét takarításában, megszüntetésében és a drogbetegek elérésében egyaránt megoldást jelenthet. Ennek megvalósítása azonban messze meghaladja egy szakmai civil szervezet hatáskörét és kapacitását. Különösen miután a túcsere program pályázati forrásai is elapadtak, a program forgalmi adatai jelentősen romlottak. Míg 2011-ben 217268 db injektort osztottak ki és 127559 injektort gyűjtöttek be (70%-os becserélési arány), addig 2013-ban a képviselő testület szeptemberi határozatiáig 99740 injektort adtak ki és 37227

injektort gyűjtöttek be. Ezzel magyarázható a lakosságot méltán nyugtalanító eldobált fecskendők számának növekedése.

Bár a túforgalom visszaesett, a kliensek száma egyre nő: míg 2011-ben 303 ügyeleti napon 15438 alkalommal szolgáltak ki klienseket, addig 2013-ban 200 ügyeleti napon 14284 klienst. Ebből is látszik, hogy a tűcsere program iránti igény folyamatosan nő, a kliensek nem tudják azt máshol kiváltani, egy ilyen helyzetben a program megszüntetése a fertőzésveszély megugrását eredményezi.

A Nemzeti Drog Fókuszpont²⁸ adatai szerint a túforgalmi adatokban az egész országban hasonló negatív trendek figyelhetők meg, ezek nem a Kék Pont Alapítvány elégtelen tevékenységére vezethetők vissza. 2011 és 2012 között több mint 30 százalékkal kevesebb fecskendőt osztottak ki a programok országos szinten. Míg a WHO szerint a tűcsere program munkája a fertőzések megelőzése szempontjából akkor tekinthető hatékonynak, ha az egy drogfogyasztóra egy évben jutó kiosztott steril injektorok száma eléri a 100 darabot, azonban ez a szám 2012-ben 70-re csökkent.

Alapjogi visszasságok

Önrendelkezéshez való jog

Amellett, hogy a droghasználat és más önkárosító tevékenységek esetében ismert, hogy komplex szociális okok játszanak közre a kialakulásában, fontos hangsúlyozni az alapjogi, önrendelkezéshez kapcsolódó vetületét is a kérdésnek. Az állami beavatkozás határát az egyén döntéseibe ott kell meghúzni egy az alapjogokat a középpontba állító államnak, ahol mások jogainak sérelme vagy nyomós közérdek azt indokolja. Az egyén önrendelkezési joga arra is ki kell terjedjen ennek értelmében, hogy adott esetben magának ártson – ennek tagadása erősen paternalista, a jó élet kritériumait mindenki számára egységesen meghatározó államhoz vezetne. Ez utóbbi állami működésre példa a kötelező kezelés előírása is. A tűcsere programok ezzel szemben az egyén jogát tiszteletben tartva segítik a közegészségügyi kockázatok csökkentését – mind a fogyasztó, mind a többi polgár vonatkozásában.

Az önrendelkezési jogot, illetve ehhez kapcsolódóan a magán élet tiszteletben tartásához való jogot, nem csak az Alaptörvény (VI. cikk), hanem nemzetközi egyezmények, így az Európai Emberi Jogi Egyezmény (8. cikk) és az ENSZ Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata (12. cikk) is tartalmazza. Az Alaptörvény pedig úgy rendelkezik, hogy ezeknek összhangban kell lenniük a magyar joggal, illetve kihirdetéssel a magyar jogrend részévé válnak (Q) cikk).

Egészséghez való jog

Magyarország által ratifikált, az ENSZ Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya elismeri “mindenkinek a jogát arra, hogy a testi és lelki egészség elérhető legmagasabb szintjét élvezze,” különös tekintettel “a járványos, helyileg rendszeresen előforduló járványos és foglalkozási, valamint más megbetegedések” megelőzésére, gyógyítására és ellenőrzésére.²⁹ A 2. cikk kimondja, hogy “az Egyezségokmányban részes valamennyi állam kötelezi magát arra, hogy - különösen gazdasági és technikai téren - mind saját erejéből, mind pedig a nemzetközi

segítségnyújtás és együttműködés útján a rendelkezésre álló valamennyi erőforrás igénybevételével, minden megfelelő eszközzel, ideértve különösen a jogszabályi intézkedéseket, fokozatosan biztosítja az Egyezségokmányban elismert jogok teljes gyakorlását.”

A WHO alapokmánya szerint „az egészség a teljes testi, lelki és szociális jólét állapota, és nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiánya”.³⁰ Az egészséghez való jogot nem lehet le redukálni a betegség gyógyításához való jogra, az kiterjed a betegség kialakulásának vagy kiújulásának megelőzésére is.

Az Egyezségokmányhoz az ENSZ Gazdasági, Kulturális és Szociális Bizottsága (ECOSOC) által 2000-ben fűzött 14. kommentár kifejti, hogy az egészséghez való jog nem jelenti mindenkinek a jogát ahhoz, hogy egészséges legyen, hiszen az egészségnek számos olyan eleme van, ami kívül esik az államok hatáskörén és egyéni felelősségvállalást is szükségessé tesz.³¹ Az Egyezségokmány által lefektetett fokozatos megvalósulás (progressive realization) elve azt jelenti, hogy bár az államok nem követnek el jogsértés akkor, ha nem képesek azonnal biztosítani a legmagasabb szintű egészséghez való jog érvényesülését, azonban “tudatos, tervezett és célokhoz kötött” lépéseket kell tenniük a jog érvényesülésének érdekében.

A 14. kommentár 18. cikkelye hivatkozik az esélyegyenlőség és a diszkrimináció tilalmának elvére az egészséghez való jog értelmezésénél, különös tekintettel az “egészségügyi ellátáshoz és az egészséget alátámasztó egyéb tényezőkhez való hozzáférésre, illetve azon módszerekre és jogosultságokra, amelyek ezek beszerzésére irányulnak”. Megállapítja ezenkívül a Kommentár (19. cikkely) a tagállamoknak speciális kötelezettségét arra, hogy “a megfelelő hozzáférhetőséggel nem rendelkezők számára biztosítsa a szükséges egészségbiztosítást és egészségügyi szolgáltatásokat”.

Mivel a Kommentár indoklásában (2. cikkely) explicit módon hivatkozik a HIV járványra mint olyan tényezőre, ami szükségessé tette a határozat megalkotását, nyilvánvaló, hogy az ENSZ ECOSOC álláspontja szerint az egészséghez való jog kiterjed az intravénás szerhasználók körében a bizonyíték-alapú HIV megelőzési módszerek és eszközök hozzáférhetőségének biztosítására, különösen akkor, ha a célcsoport hozzáférése az általános egészségügyi szolgáltatásokhoz (pl. gyógyszerári túvásárlás) marginalizált társadalmi helyzetéből kifolyólag korlátozott.

Az ENSZ egészséghez való joggal foglalkozó különmegbízottja, Paul Haunt 2006-ban Svédországba látogatott, és ott vizsgálta az intravénás szerhasználók emberi jogainak érvényesülését.³² A biztos súlyos visszásságot állapított meg annak kapcsán, hogy a svéd kormány, bár gazdasági kapacitásai ezt lehetővé tették volna, nem biztosította az intravénás szerhasználók számára az ártalomcsökkentő szolgáltatásokhoz, így a túcsere programokhoz való hozzáférést (a fővárosban nem volt túcsere program). Megállapította, hogy a túcsere programok “elősegítik az intravénás szerhasználók egészséghez való jogának, szexuális és reprodukciós jogainak érvényesülését”. A biztos 2008-ban az “Ártalomcsökkentés, egészség és állami amnézia” című jelentésben összefoglalta álláspontját az ártalomcsökkentés és emberi jogok kérdésében.³³ A jelentés a drogfogyasztókkal kapcsolatos érő alapjogi visszásságnak minősítette azt, ha az állam megtiltja a túcsere program működését.

Hunt utódja, Anand Grover, 2009-es lengyelországi látogatásáról készített jelentésében kifejtette, hogy az ártalomcsökkentő programokat bizonyítékokon alapuló és a jogokat tiszteletben tartó politikáknak kell tekinteni, a lengyel kormánynak pedig biztosítania kell az ezekhez való hozzáférést.³⁴

Az Alaptörvény XX. cikk (1) bekezdése rögzíti, hogy “mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez”, az állam ennek a jognak az érvényesülését többek között “az egészségügyi ellátás megszervezésével” segíti elő. Az Alkotmánybíróság joggyakorlata szerint az egészséghez való jog azt az alkotmányos kötelezettséget rója az államra, hogy a nemzetgazdaság teherbíró képességéhez, az állam és a társadalom lehetőségeihez igazodva olyan gazdasági és jogi környezetet teremtsen, amely a legkedvezőbb feltételeket biztosítja a polgárok egészséges életmódjához és életviteléhez. Bár az Alaptörvény negyedik módosítása szerint „az alaptörvény hatálybalépése előtt meghozott alkotmánybírósági határozatok hatályukat veszítik”, az Alkotmánybíróság azokat a továbbiakban is mérvadónak – használhatónak, idézhetőnek és hivatkozhatónak – tekinti. Álláspontunk szerint az AB gyakorlata meghatározó jelentőségű az egészséghez való jog értelmezése kapcsán.

A 77/1995. (XII.21.) AB határozatban kifejtettek szerint “az állam köteles megteremteni egy olyan intézményrendszer működésének a garanciáit, amely mindenki számára biztosítja az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének lehetőségét, azaz azt, hogy a szolgáltató intézmények hiánya miatt senki ne maradjon ellátatlanul.” Az alkotmánybírósági gyakorlat ugyanakkor utalt arra is, hogy „az egészségügyi intézményhálózat és az orvosi ellátás körében elvontan, általános ismérvekkel csak egészen szélső esetekre korlátozottan határozhatja meg az állami kötelezettség kritikus nagyságát, vagyis azt a szükséges minimumot, amelynek hiánya már alkotmányellenességhez vezet. Ilyennek volna minősíthető például, ha az ország egyes területein az egészségügyi intézményrendszer és az orvosi ellátás teljesen hiányozna.”

Az alkotmánybírósági gyakorlat értelmében tehát az egészséghez való jog önmagában alanyi jogként nem, kizárólag az állam egészségvédelmi, intézményvédelmi kötelességének kontextusában értelmezhető, “kivételes, szélsőséges ellátatlanságot” jelentő helyzetekre vonatkozóan. Egy már meglévő, szolgáltatás működésének ellehetetlenítése egy olyan kerületben, ahol nagy számban élnek marginalizált intravénás szerhasználók, és ahol a szerhasználati minták átalakulása miatt jelentős járványveszéllyel számolhatunk, éppen az a szélső eset, amelynél “egyértelmű, hogy a rendszer eleve alkalmatlan az államot terhelő kötelezettségek alkotmányosan még elfogadható minimumának teljesítésére”.

A jogsértést tovább nyomatékosítja az, hogy a megakadályozandó program az állam stratégiai célkitűzéseivel (Nemzeti Drogellenes Stratégia) illeszkedő, bizonyított hatékonyságú szolgáltatás. Megszüntetése anélkül, hogy a szolgáltatás biztosítását mint célt az Önkormányzat egyáltalán figyelembe vette volna, annak pótlásáról gondoskodott volna, sérti az egészséghez való jog fokozatos érvényesítésének elvét. Az önkormányzati határozatban egyetlen utalás sem található a HIV vagy hepatitisz járvány megelőzésére, annak kockázataira.

Egészséges környezethez való jog

Ahogy korábban kifejtettük Rhodes elmélete kapcsán, a járványveszély nem korlátozható kizárólag az intravénás szerhasználókra, hiszen szexuális úton áterjedhet az általános népességre is. A drogfogyasztás ártalmi nem csak az egyéni drogfogyasztó, de a környezet szintjén is jelentkeznek (beszerzési bűncselekmények, drogszemét, rendőri munkaórák). A túcsere programok nem csupán a fertőző betegségek megelőzésében hatékonyak. Mivel az ellátórendszer első lépcsőfokát képezik, kezelésbe juttatják a szerhasználókat, csökkentik az utcai drogfogyasztást és hozzájárulnak az egészséges környezet kialakulásához. Ezért kijelenthető, hogy a túcsere program bezárása sérti a kerület nem drogfogyasztó polgárainak egészséges környezethez való jogát is (Alaptörvény XXI. cikk).

A túcsere program kiosztott és begyűjtött fecskendőkkel kapcsolatos, a Nemzeti Drog Fókuszpont által is igazolt adatai bizonyítják, hogy amíg a program megfelelő támogatást kapott az államtól, addig nagyobb hatékonysággal gyűjtötte be a drogszemetet az utcáról. A program ellehetetlenítése tehát nem szükséges és arányos reakció az utcai drogszemét problémájára, annak közegészségügyi, járványügyi szempontból kedvezőbb alternatívája a túcsere program megfelelő állami támogatása. A program megszűnése, a drogfogyasztás jelenségének kizárólag rendőri eszközökkel való kezelése ellenben a kockázatosabb drogfogyasztási magatartások terjedéséhez vezet. Jelenleg a túcsere program az egyetlen olyan szolgáltatás, ami a HIV és hepatitis fertőzések szempontjából kiemelt kockázati csoportnak számító intravénás szerhasználókat nagy számban el tudja érni és be tudja vonni a szűrő és tanácsadó, megelőző, gyógykezelő programokba. A program megszüntetése egyben azt is jelenti, hogy az állam lemond a járvány monitorozásának és kontrolljának lehetőségéről ezen kockázati csoport körében.

A nyílt drogfogyasztói szcénák problémájának kezelésére ezenkívül számos jó nemzetközi gyakorlattal is rendelkezünk, amelyeket az Önkormányzat nem vett figyelembe, így például az ellenőrzött fogyasztói helyiségek, amelyek számos országban működnek. Az ilyen helyiségek az Európai Kábítószer és Kábítószerfüggőség Megfigyelő Központjának (EMCDDA) jelentése szerint különösen alkalmasak a rejtőzködő, marginalizált drogfogyasztók elérésére, az utcai drogfogyasztás és az azzal kapcsolatos morbiditás, mortalitás és bűnözés csökkentésére, ezáltal jelentősen hozzájárulnak az egészséges környezet kialakulásához.³⁵

Az Alaptörvény VI., XX., XXI. cikkének összefüggésben kérjük a Biztos Urat, hogy a túcsereprogram működésének ellehetetlenítése kapcsán felmerülő alapjogi visszasságot vizsgálja ki, és fogalmazzon meg ajánlásokat az alapjogokat tiszteletben tartó szakpolitika irányai vonatkozásban.

Budapest, 2013. október 29.

Sárosi Péter
Drogpolitikai Programvezető

dr. Kapronczay Stefánia
Ügyvezető Igazgató

¹ Elérhető online:

http://www.jozsefvaros.hu/tu_dokumentumok/3473_20130918_javaslat_a_kek_pont.pdf

² A megállapodás szövege: <http://www.kekpoint.hu/blog/2013-09-22-nem-szegtuk-meg-a-megallapodast/>

³ Darke, S., Degenhardt, L. and Mattick, R. (2006), Mortality amongst illicit drug users: epidemiology, causes and intervention, Cambridge University Press, Cambridge.

⁴ Principles for preventing HIV infection among drug users, WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen, 1998. Ford.: Demetrovics Zsolt, <http://vega.medinfo.hu/weblap/szen-ved/drog.htm>

⁵ WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a.

⁶ Hartgers C et al. The impact of the needle and syringe-exchange programme in Amsterdam on injecting risk behaviour. AIDS, 1989, 3(9):571-6. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. old.

[URL:http://href.hu/x/2kyj](http://href.hu/x/2kyj) Watters JK et al. Syringe and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injection drug users. Journal of the American Medical Association, 1994, 271(2):115-20. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyj>

⁷ Wolk J et al. The effect of a needle and syringe exchange on a methadone maintenance unit. British Journal of Addiction, 1990, 85(11):1445-50. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyj> Guydish J et al. Evaluating needle exchange: are there negative effects? AIDS, 1993, 7:871-876. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyj>

⁸ Schechter M et al. Do needle exchange programmes increase the spread of HIV among injection drug users: an investigation of the Vancouver outbreak. AIDS, 1999, 13(6):F45-51. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyj> Hartgers C et al. The impact of the needle and syringe-exchange programme in Amsterdam on injecting risk behaviour. AIDS, 1989, 3(9):571-6. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyj>

⁹ Heimer R et al. Needle exchange decreases the prevalence of HIV-1 Proviral DNA in returned syringes in New Haven, Connecticut. The American Journal of Medicine, 1993, 95(2):214-220. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyj> Watters JK et al. Syringe and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injection drug users. Journal of the American Medical Association, 1994, 271(2):115-20. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyj> van Ameijden EJ & Coutinho RA. Large decline in injecting drug use in Amsterdam, 1986-1998:

explanatory mechanisms and determinants of injecting transitions. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2001, 55(5):356-63. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL::

<http://href.hu/x/2kyj>

¹⁰ Junge B et al. Syringe exchange not associated with social network formation: results from Baltimore. *AIDS*, 2000, 14(4):423- 6. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 2-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyj>

¹¹ Broadhead RS, van Hulst Y & Heckathorn DD. The impact of a needle exchange's closure. *Public Health Reports*, 1999, 114:439-447. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyj> Oliver KJ et al. Impact of a needle exchange programme on potentially infectious syringes in public places. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 1992, 5:534-35. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyj>

¹² Bluthenthal RN et al. Factors associated with readiness to change drug use among needleexchange users. *Drug & Alcohol Dependence*, 2001, 62:225-230. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyj>

¹³ Guydish J et al. Evaluating needle exchange: are there negative effects? *AIDS*, 1993, 7:871-876. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyj>

¹⁴ e Wit, Ardine and Jasper Bos, "Cost-Effectiveness of Needle and Syringe Programmes: A Review of the Literature," in *Hepatitis C and Injecting Drug Use: Impact, Costs and Policy Options*, Johannes Jager, Wien Limburg, Mirjam Kretzschmar, Maarten Postma, Lucas Wiessing (eds.), European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, 2004. URL: <http://href.hu/x/2ldy>

¹⁵ Rifat Atun and Michel Kazatchkine, *Translating evidence into action — challenges to scaling up harm reduction programmes in Europe and Central Asia*. Harm Reduction: Evidence, Impact, Challenges. EMCDDA Monographs 10. 2010. 94.

¹⁶ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2009:0569:FIN:HU:HTML>

¹⁷ EU Drugs Strategy (2013-20). <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2012:402:0001:0010:en:PDF>

¹⁸ "Preliminary data suggest no signs of a slowing down in 2012,"

<http://www.emcdda.europa.eu/news/2012/HIV-outbreaks>

¹⁹ TASZ, *Ártalomcsökkentés Magyarországon*. 2003, december. URL:

http://drogriporter.hu/files/drogriporter/5_Artalomcs_kkentes_Magyarorszagon.pdf

²⁰ *A tucserelés szakmai irányelvei*, A Pszichiátriai Kollégium állásfoglalása.

Psychiatria Hungarica, 2001, 16 (1): 107–110.

²¹ Nemzeti AIDS Stratégia, OEFI, 2004. URL: <http://www.oefi.hu/aids.pdf>

²² Az adatvédelmi biztos állásfoglalása, 909/K/2002-2.

²³ A BRFK és a tucseré szolgáltatók közötti megállapodási szerződés:

http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/tucser_e_brfk_megallapodas_2004.pdf

²⁴ A Vickerman-modell szerint 30-35% körüli HCV fertőzöttség rapid HIV terjedést feltételez, ha a HIV vírus megjelenik a populációban (lásd: Gyarmathy VA és Rác J (2010): A hepatitis C-vírus és az emberi immunhiányt okozóvírus járványtana magyarországi injektáló kábítószer-használók körében – hogyan tovább? Orvosi Hetilap, 151,10:365–371.)

²⁵ Rác J, Márványkövi F, Melles K és Vadász V (szerk.: Rác J) (2010): Út a túléléshez. Nyílt színi droghasználat és „belövőszobák” Budapesten. Az ártalomcsökkentéssel kapcsolatos megfontolások. L’Harmattan Kiadó, Budapest, 258 oldal.

²⁶ Tim Rhodes, “The ‘risk environment’: a framework for understanding and reducing drug-related harm,” International Journal of Drug Policy 13 (2002) 85–94.

²⁷ Gyékiss R, Csák R, Rác J, A lokális valóság. Társadalmi dezintegráció, kirekeszt(őd)és és droghasználat. International Narcotics Control Board (INCB) éves jelentés-konferencia., Budapest 03. 28. (2012)

²⁸ A Nemzeti Drog Fókuszpont honlapja: <http://drogfokuszpont.hu/>

²⁹ A Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya, 12. cikk 1-2.

³⁰ WHO. Constitution of the World Health Organization, Geneva, 1946. Accessed Page 20 of "NATIONAL MENTAL HEALTH POLICY 2001-2005" on March 2001

³¹ The right to the highest attainable standard of health : . 08/11/2000.

E/C.12/2000/4. (General Comments). URL:

[http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/40d009901358b0e2c1256915005090be?Opendocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/40d009901358b0e2c1256915005090be?Opendocument)

³² Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt. Mission to Sweden.

http://www.vardforalla.se/files/vardforalla/paul_hunt_mission_to_sweden.pdf

³³ Human Rights, Health and Harm Reduction. States’ Amnesia and Parallel Universes. An Address by Professor Paul Hunt, UN Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. 2008.

<http://www.ihra.net/files/2010/06/16/HumanRightsHealthAndHarmReduction.pdf>

³⁴ Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover. Mission to Poland.

<http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/14session/A.HRC.14.20.Add.3.AEV.pdf>

³⁵ Dagmar Hedrich, Thomas Kerr and Françoise Dubois-Arber, Drug consumption facilities in Europe and beyond. EMCDDA, 2010.

<http://www.emcdda.europa.eu/themes/harm-reduction/consumption-rooms>